

POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO: O QUE FAZ UM ANTROPÓLOGO EM UMA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DE SAÚDE*

Leila Sollberger Jeolás

Introdução

Este artigo pretende tecer algumas considerações sobre a experiência de um projeto de extensão universitária, desenvolvido em um serviço público de saúde voltado para adolescentes, principalmente no que diz respeito ao papel da antropologia em uma equipe de profissionais e alunos das áreas de medicina, enfermagem e psicologia. O projeto, realizado entre 1999-2002, com base em metodologia participativa, tinha como objetivo trabalhar assuntos relacionados à sexualidade juvenil, através de oficinas de prevenção, as quais foram programadas a partir de grupos focais realizados para avaliação das necessidades dos adolescentes.

As dificuldades de se trabalhar questões relacionadas à saúde reprodutiva, principalmente com o objetivo de se prevenir a gravidez não programada e as DSTs/Aids, eram apontadas pelos profissionais do serviço - médicos, enfermeiros e psicólogos - que tentavam, nas consultas individuais, reverter "o desinteresse e a falta de participação" característicos, segundo eles, da atitude dos adolescentes atendidos. O projeto de extensão deu início a um processo de avaliação junto aos jovens, através de grupo focais, e a grupos de discussão sobre metodologias participativas, adolescência, sexualidade, drogas, risco e prevenção pautados em referencial teórico das Ciências Sociais - sobretudo da antropologia - e da Saúde Coletiva. Tal processo culminou no projeto de Oficinas Seqüenciadas (uma série de quatro oficinas com duração de doze horas no total) com os seguintes temas: o corpo erótico; o corpo reprodutor; o corpo que adoce; e sexo mais seguro.

A realização de grupos focais fez emergir representações, valores e opiniões dos jovens sobre sua vida, a adolescência, a sexualidade e os riscos, vividos e pensados, gerando intensas reflexões e debates entre os profissionais e alunos. Primeiramente, porque os jovens queriam falar de relacionamentos afetivos e sexuais e de prazer, antes de tudo e, em segundo lugar, porque sua percepção de risco não coincidia exatamente com a formulada pela equipe, pautada na idéia da probabilidade da ocorrência de eventos negativos. O serviço de saúde insistia em falar de gravidez e doenças, enquanto os adolescentes desejavam falar de relacionamentos entre pais e filhos, garotos e garotas, trabalho/emprego, família, dentre outros assuntos. Quando solicitados para

* Texto apresentado na Mesa-Redonda "Cultura e Saúde: possibilidades e limitações ao diálogo", do VIII Congresso Paulista de Saúde Pública - Revendo teorias e práticas, realizado em Ribeirão Preto - SP, de 18 a 22/10/2003.

relatarem riscos/perigos aos quais estiveram expostos nos últimos dois meses, a violência (brigas, assaltos, acidentes, atropelamentos, estupros, drogas) aparecia sempre em primeiro lugar. Quando pedíamos para relatarem riscos/perigos relacionados à saúde, a gravidez aparecia, mas apenas em alguns casos. A Aids nunca era mencionada espontaneamente, como um risco percebido, e tampouco as outras Doenças Sexualmente Transmissíveis. O mesmo foi observado em pesquisa realizada em cinco escolas públicas de diferentes bairros da cidade¹, pois quando solicitados para escreverem sobre os riscos aos quais se sentiam afetados, os jovens apontavam as doenças em primeiro lugar, principalmente o câncer, ou doenças incapacitantes; os acidentes (“que podem deixar em uma cadeira de roda”) apareciam em segundo lugar, representando o medo de ficarem impossibilitados para trabalhar e dependentes de outros, principalmente da família.

A equipe passou a questionar de que risco se estava falando, a que sexualidade se estava referindo e, finalmente, com que adolescentes ou com que jovens se estava trabalhando. O certo é que havia grande distância entre o discurso preventivo e aquele expresso pelos jovens, podendo o risco, muitas vezes, ser aceito como parte da experiência e mesmo valorizado positivamente. Se não era este o caso, certamente prevalecia a ambivalência com que os riscos são pensados e vividos atualmente - nas competições esportivas, nos esportes radicais, no uso de drogas. No caso da aids, por exemplo, o risco não se reduzia, para eles, à probabilidade de um evento negativo, mas dizia respeito, muito mais, a valores e significados atribuídos aos resultados deste evento no contexto de sua vidas. Ou seja, no caso da aids, os valores negativos e estigmatizantes atribuídos a ela estavam inextricavelmente associados ao risco representado pelo HIV, promovendo atitudes de negação e afastamento do risco da aids pensada como uma doença do outro ou ainda distante de si próprios. E, no caso da gravidez, às expectativas das jovens quanto à reação dos pais e namorados e a possibilidade de um filho modificar suas vidas.

Neste processo de questionamento dos significados dos riscos presentes no exercício da sexualidade de jovens de camadas populares urbanas atendidos pelo serviço de saúde, atribuo importante papel à antropologia, pelos questionamentos e discussões proporcionados pela literatura desta área voltada ao campo da saúde.

Isso se deve, no meu entendimento, a algumas características da tradição antropológica. Em primeiro lugar, a experiência etnográfica e a importância dada ao olhar e ao ouvir etnográficos, primeira etapa do trabalho do antropólogo, correspondente à pesquisa empírica (Oliveira, 1996), fundamental para a apreensão dos fenômenos sociais, e referente à capacidade de percepção e de recepção ao outro ou à tentativa de compreensão do outro. Saramago, em epígrafe no *Ensaio sobre a cegueira*, expressa de forma sensível que, se conseguirmos olhar, talvez possamos ver e, se conseguirmos ver, talvez possamos

¹ Pesquisa realizada para doutoramento sobre o imaginário do risco da aids com jovens de cinco escolas estaduais de diferentes regiões da cidade e em um serviço público de saúde para adolescentes (Jeolás, 1999).

reparar, entendido em seu duplo sentido de olhar bem e de reparação de algum dano (ajudar, atender, restaurar, compensar), remetendo, pois, ao sentido de cuidado do outro. Este poderia ser, sem dúvida, um dos objetivos dos projetos de prevenção à saúde, ao invés dos objetivos e das metas quantitativas exigidas pelos serviços, academias e agências fomentadoras; voltarei ao tema no final deste texto (Saramago, 1995).

Outra característica da antropologia refere-se ao fato de o olhar e o ouvir etnográficos serem “disciplinados”, ou seja, orientados por informações e reflexões de natureza epistêmica e pelas teorias disponíveis. São teorias e métodos que se dedicam ao exercício de compreensão do outro, seja ele próximo ou distante, e da relatividade das culturas como expressão da diversidade humana. O que torna o relativizar, portanto, um constituinte do próprio conhecimento antropológico, uma vez que o pesquisador busca interpretar ou compreender a sociedade e a cultura do outro “de dentro”, através do método etnográfico e de seu instrumento privilegiado, a observação participante.

Esta tradição da antropologia, no exercício permanente de relativização do outro, levou a um movimento contínuo de descentramento do olhar que se refletiu nos trabalhos de intervenção na área da saúde nas últimas duas décadas, principalmente com relação à prevenção da aids. Foi esse exercício que ajudou a equipe, primeiramente, a desconstruir ou a desessencializar noções como as de saúde e doença e outras a elas articuladas, como as de prevenção e de risco, para, depois, recolocá-las sob novas perspectivas, quando o olhar de diferentes áreas do conhecimento ilumina dimensões até então não consideradas na análise.

Tem-se a compreensão de que estas noções, tanto quanto as de adolescência e de juventude, tomadas como construções socioculturais, só podem ser compreendidas na íntima relação que estabelecem com os significados que lhes são atribuídos pelos grupos sociais em seus contextos históricos. Neste exercício, a equipe de profissionais pode melhor compreender quais os significados atribuídos pelos jovens, com os quais trabalhávamos, aos riscos relacionados à sua sexualidade, mais especificamente à gravidez e às DST/Aids. Este artigo pretende ressaltar o que os jovens têm a dizer sobre sua sexualidade e sobre sua percepção do risco com relação à gravidez e à aids para profissionais que desenvolvem trabalhos na área da saúde reprodutiva, podendo servir de guia para aqueles que acreditam ser possível uma “antropologia aplicada” à área da saúde, na qual a intervenção tenha mais o sentido de cuidar do outro do que o de interferir, de fora para dentro, ou de cima para baixo, nos significados e valores próprios dos grupos sociais.

Do risco e da adolescência: categorias socioculturais historicamente produzidas

A adolescência, considerada como uma faixa etária com características mais ou menos definidas pela psicologia, pedagogia e medicina, costuma ser essencializada a partir de critérios bio-psicológicos definidores das faixas etárias. Ocorre que a equipe de saúde parte destas definições, tomando-as como pres-

suposto e problematizando muito pouco estas características entendidas como específicas das faixas de idade, independente das situações de classe, raça ou gênero.

Entretanto, vários estudos, partindo da influência de historiadores como Ariès (1981), apontam para a importância de se abordar a adolescência/juventude como uma categoria social e histórica. O autor retraza o processo de formação da criança e da juventude nas sociedades ocidentais, desde o período de não existência de preocupações especiais com a criança (século XII), até a formação dessa categoria social (século XVII), quando a criança passa a exercer papel diferenciado dentro da família e a inspirar a política educacional até o século XXI.

Portanto, a juventude, como categoria social, vai se consolidar juntamente com o surgimento das instituições modernas, como a escola, o direito, o mundo do trabalho industrial e a ciência. Pode-se considerar o século XVII como um marco para a formação de um sentimento coletivo sobre a infância que irá inspirar a política educacional posterior. O apego à infância e à sua particularidade, não mais através da distração e da brincadeira, mas do interesse psicológico e da preocupação moral que passa a suscitar, fará surgir, a partir do século XIX, uma preocupação com a idade escolar.

A juventude torna-se, portanto, fundamental para o entendimento das características da sociedade moderna, sendo uma das bases da modernidade, uma vez que o reconhecimento e a (re)criação de faixas etárias, bem como a produção de bens específicos para a juventude, constituíram novos canais de controle e/ou aproveitamento das potencialidades juvenis, como o lazer, o que cria uma espécie de símbolo que faz sucesso com as instituições, beneficiando empresas e setores da indústria cultural (Grosso, 2000).

Do século XIX para o XX, a juventude passa a ser tratada como um problema da modernidade. As transformações físicas e psicológicas que ocorrem nesta faixa etária serão descritas pelas ciências médicas e pela psicologia como próprias de um período de transição, potencializador de conflitos que, embora necessário para a construção da identidade e individualidade do sujeito, guarda elementos que possibilitam descontinuidades e rupturas em relação às regras sociais. Esta fase de crescimento e de socialização foi relacionada, sobretudo, a desordens e explosões destruidoras e, em menor escala, a fontes poderosas de energias transformadoras. Nas sociedades capitalistas, adquiriu o papel de “estágio de adaptação funcional” ou “etapa de transição” para preparação ao mundo adulto, possibilitando às demais ciências humanas caminhos para a constituição do objeto “juventude” (Abramo, 1994).

Mas o fato de não haver atualmente limites bem definidos e institucionalizados para esta transição, imprime à condição juvenil uma enorme ambigüidade, além das inúmeras maneiras de se viver a juventude nas sociedades modernas. Se os limites inferiores de idade são mais fáceis de serem definidos, pois identificados com as transformações da puberdade, os limites superiores são bem mais difíceis. Como definir hoje a idade de transformações que indicam mudanças de papel social ou de *status* e aquisição de responsabilidades sociais próprias do mundo adulto? Dito de outra maneira, com que

idade, hoje, os jovens se tornam adultos? Evidencia-se o quanto as mudanças biológicas e psicológicas estão correlacionadas com exigências sociais e culturais e, sobretudo, que elas não são unívocas em uma sociedade de classes. Trata-se de perguntar de que adolescência e juventude estamos falando, dada a existência de uma pluralidade de realidades sócio-econômicas e culturais em nosso país, não nos permitindo falar desta faixa etária no singular. O desafio, justamente, é não perder de vista que há algo de comum no ser jovem nas sociedades industriais ocidentais, tanto quanto há muitas especificidades a serem consideradas na análise desta categoria social (Cardoso e Sampaio, 1995). Neste mesmo sentido de se compreender as categorias analíticas com as quais trabalhamos como categorias sociais, a saúde e a doença foram largamente estudadas como fenômenos sociais em diferentes contextos históricos e culturais, acumulando trabalhos na interface do diálogo das ciências sociais com a saúde (Augé e Herzlich, 1991; Buchillet, 1991; Herzlich e Adam, 2001; Goldenberg [et al], 2003; Queiroz e Canesqui, 1986; Queiroz, 2003).

O mesmo não se pode dizer com respeito às noções de prevenção e de risco. Entendê-las como categorias socioculturais requer o mesmo investimento de análise acima citado. A noção de prevenção tem seu significado dependente das representações sobre doença, corpo, pessoa, sofrimento e infortúnio elaboradas pelos grupos sociais. A intrínseca relação existente entre doença e sociedade em diversos contextos estudados pela antropologia explica o fato de a doença ser, muitas vezes, interpretada como sanção de um comportamento social indesejável, e o respeito a uma obrigação social ser concebido como uma conduta preventiva contra a doença. As representações da doença - ligadas às de sofrimento - colocam em evidência a noção de responsabilidade (Augé e Herzlich 1991; Faizang 1992). A doença é, então, concebida como algo em que os sujeitos têm parte de responsabilidade, podendo suas condutas contribuir para preveni-la.

Em nossa sociedade, há muitos exemplos de práticas ou atitudes prospectivas, através das quais se busca premunir-se contra a doença, mas que não são aceitas pelas ciências biomédicas como comportamentos de prevenção: são ritos de proteção e práticas religiosas, como os sacrifícios, as peregrinações e os bilhetes nos santuários cristãos (Faizang, 1992).

Faz-se necessário, portanto, contextualizar a noção de prevenção. Estamos diante de indivíduos racionais que precisam de mais informações para fazer escolhas conscientes sobre riscos entendidos como possibilidade de ocorrência de eventos negativos? Na área da saúde entende-se a prevenção, de modo geral, como um conjunto de procedimentos destinados a impedir a aparição de doenças nos indivíduos, ou de forma mais positiva, a promover sua saúde. Para o antropólogo, a prevenção é uma noção que só pode ser manejada em função dos conteúdos/significados que lhe são conferidos por diferentes grupos e culturas. Portanto, a própria noção de prevenção é uma construção cultural e os comportamentos ditos de prevenção só podem ser estudados e entendidos em relação ao conjunto das representações da doença, do corpo, da infelicidade e do mundo (e do risco também) às quais aderem os indivíduos.

A prevenção, tal como é pensada e praticada em determinada sociedade, remete também à maneira como é pensada a responsabilidade pessoal no aparecimento da doença e à maneira como o sujeito gere suas relações com o outro. Só poderemos aceitar que numerosas práticas sociais e culturais são condutas de prevenção se aceitarmos que a noção de prevenção é uma construção cultural, tanto quanto a de saúde e a de doença.

Pesquisas realizadas com jovens de baixa renda (Jeolás, 1999; Monteiro, 2002; Paiva, 1996a e 1996b) apontam como formas de prevenção da aids “conhecer bem o parceiro”, “ter confiança”, “usar camisinha com parceiros desconhecidos” que, embora não eficazes para impedirem a infecção pelo HIV, podem (e devem) servir de ponto de partida para qualquer trabalho de prevenção.

Como contraponto à noção de prevenção, a de risco também deve ser entendida como uma categoria sociocultural, cujos significados lhe são atribuídos pelos grupos sociais, o que não se faz sem dificuldades, dada a importância adquirida por este conceito na área da saúde, sobretudo na epidemiologia, e sua extensão para outras áreas do conhecimento. Além disso, o risco tem acumulado significados, atualmente, nos seus diversos usos no senso comum, o que reforça a complexidade e a fluidez de sentidos que o termo carrega. E, apesar de a linguagem do risco - na saúde, no meio ambiente - expressar a probabilidade de um indivíduo, ou de um grupo, ser acometido por um evento negativo, quando relacionado à saúde/doença, o risco sempre foi moralizado e politizado, como bem demonstra a história das epidemias na cultura ocidental. Os riscos/perigos sempre foram concebidos e controlados dentro do quadro de referências culturais de cada sociedade, não se reduzindo, como na linguagem racional moderna, à probabilidade de um evento negativo acontecer, mas, nas palavras de Douglas (1994), aos resultados desse evento e ao valor social a eles atribuído.

Pode-se compreender por que as percepções de risco dos jovens com relação à aids estão totalmente interligadas às representações sociais da aids como uma doença letal e estigmatizante. Pesquisa sobre o imaginário do risco da aids entre jovens de escolas públicas (Jeolás, 1999) evidencia a contraposição do discurso dos jovens sobre o risco da aids e o discurso preventivo e o quanto o primeiro se distancia da racionalidade do segundo. Se todas as culturas humanas elaboram quadros interpretativos para explicar o mal, os infortúnios e os perigos que acometem os sujeitos sociais, na história da aids não poderia ser diferente. As recorrências históricas sobre as reações coletivas diante do mal, do infortúnio e do sofrimento também estão presentes na epidemia da aids: o medo do desconhecido e a segurança no familiar; a busca de limites e, em grande parte das culturas, de rituais para marcar mudanças de status; as explicações moralistas para os perigos e sofrimentos; a busca de bodes expiatórios, mas, também, as condições sociais, econômicas e culturais, todas elas atuantes no imaginário do risco da aids, produzindo reações de negação e de afastamento. Se entendemos o imaginário social como “imagens mensageiras de sentidos”, pode-se afirmar, como o faz Balandier (1988), que a aids encontrou caminho fácil para incitar o imaginário, pois neste caso “o desloca-

mento do real ao simbólico e do real ao imaginário encontra vias de fácil acesso porque traçadas há muito tempo em numerosas culturas" (idem, p.192), através da força da idéia do contágio, da importância atribuída aos limites corporais e dos simbolismos do sangue, da saliva e do esperma.

A antropóloga inglesa Mary Douglas, em seu livro *Pureza e Perigo*, escrito nos anos 60, analisou como os perigos (a sujeira, a desordem) são culturalmente pensados, vividos e controlados nas sociedades tradicionais, procurando mostrar a equivalência entre código moral e crenças de poluição, ou seja, como valores morais e regras sociais se fazem respeitar devido ao temor de certos contágios perigosos (por exemplo, o medo de o adultério provocar certas doenças entre os Nuer). Quando a autora sugeriu ampliar o mesmo tipo de análise para as sociedades modernas, enfrentou grandes dificuldades, pois se posicionava contra a idéia de que haveria uma mentalidade específica dos povos chamados primitivos: eles atribuiriam aos infortúnios e aos perigos causas espirituais, e nós, causas materiais. Nas palavras da autora, prevalecia a idéia de que os progressos tecnológicos e os avanços ocidentais do conhecimento dissolveriam o nó utilizado, em todo lugar, para conectar moral e perigo. Magia e tabu proviriam, portanto, de mentes primitivas.

O uso do termo se expandiu para a epidemiologia, tecnologia, meio ambiente e direito, referindo-se a problemas coletivos. Fortalecida sua associação com a possibilidade de resultados negativos, o termo passou a expressar danos, coisas ruins e indesejáveis. No caso das ciências médicas, as possibilidades de uma doença acometer um sujeito; no caso da epidemiologia - na qual a importância do conceito de risco é notável -, a tentativa de se avaliar a vulnerabilidade de grupos e populações quanto a determinadas doenças, por meio da previsão. Desenvolve-se, portanto, uma crença generalizada referente à possibilidade de decisões cientificamente objetivas sobre exposições ao risco - no debate sobre riscos industriais, ecológicos, médicos - e no domínio dos riscos rigorosamente calculados - nas práticas de esportes radicais, competições esportivas. Temos que nos acostumar, expressa muito bem a autora, "a essa matemática da probabilidade se intrometendo em nossas preocupações íntimas, a essa objetividade e codificação dos riscos na nossa presente cultura" (Douglas, 1994, p.17).

Além disso, temos que compreender a tensão entre o imperativo da prevenção - esta responsabilidade de cada um diante da objetividade e codificação dos riscos - e o desejo da aventura, próprio de nossa época. Na verdade, tal mudança semântica possibilitou revestir o termo de cientificidade e quantificar as possibilidades em termos de probabilidade, única forma aceita pela ciência. O risco é abstrato e objetivamente controlado. Essa pretensão de um cálculo preciso com aura de ciência explica o fato de seu uso ter se estendido e de ter se tornado conceito em várias áreas do conhecimento.

Os significados do risco da aids e da gravidez para os jovens

Essa tendência à racionalidade e à objetividade, presente na linguagem dos riscos (e atuante na área da saúde), distancia-se do discurso sobre o risco da aids encontrado entre jovens.

A discussão suscitada na equipe, como apontamos até aqui, levou-nos a questionar o significado de risco por nós atribuído à gravidez e à aids e os significados formulados pelos jovens. Quase sempre as percepções que temos de determinados fenômenos são distintas daquelas que possuem nossos entrevistados. O risco também não tem o mesmo valor atualmente, em relação às outras épocas históricas, nem tem o mesmo valor para as diferentes classes e grupos sociais que compõem a nossa sociedade. Essa necessidade de desessencializar a noção de risco levou-nos a compreender que os jovens associam muitas experiências à idéia de risco, considerando a ambivalência que os riscos assumem atualmente: alguns negados e afastados, outros aceitos e valorizados. Nos esportes, por exemplo, o risco pode expressar-se com a anuência social, pois controlado por regras; nos esportes radicais, são buscados e enfrentados racionalmente, fruto do gosto pela adrenalina e da atração pela aventura, como uma forma controlada de se perder o controle (Le Breton, 1991).

Há uma enorme distância entre a linguagem da probabilidade dos riscos e as chamadas falsas crenças (mosquito, piscina, usar o mesmo banheiro, compartilhar pratos e talheres, dentre outras) com relação à infecção pelo HIV; e há expressão de contradições e de incoerências das atitudes e práticas, se comparadas ao conhecimento adquirido sobre o assunto. Os jovens estão distantes da linguagem racional do risco da aids. O risco da aids vem sendo moralizado pelos jovens, à semelhança de tantos outros perigos já experimentados pela humanidade. No processo de construção social da aids, os significados que compõem o imaginário da doença articulam-se, de forma inextricável, com o imaginário do risco representado pelo HIV (Jeolás, 1999).

As respostas que emergiram das perguntas feitas a eles sobre o que pensam e sentem a respeito do risco da aids se referem aos simbolismos, pregnantes na cultura ocidental, sobre sangue, esperma, saliva, contágio, sexo e morte (mesmo quando a pergunta é mais dirigida: o que pensam e sentem sobre o risco de se infectarem com o vírus da aids). A virtualidade da aids ou a não visibilidade imediata da doença, os simbolismos negativos que suscita, gerando atitudes de negação e de proteção, sua associação com doença de um outro, mais ou menos longínquo, abstrato ou desconhecido, os tabus relacionados à sexualidade, incluindo os valores atuantes nas relações de gênero, a exposição diária a riscos como violência e drogas e a ambivalência com que riscos são pensados e vivenciados, atualmente, fazem da aids um risco ao qual eles, de modo geral, ainda não se sentem diretamente implicados. Das muitas falas tomo alguns exemplos:

... disseram que não pega aids pelo beijo, nem usando o mesmo pelo copo, mas se a pessoa tiver uma afta ou uma cárie profunda com sangue que se mistura na saliva? / sobre o perigo do sexo oral e anal, é nojento// dá medo de socorrer alguém acidentado, do sangue// a gente nunca pensa que pode acontecer com a gente//

É certo que o modelo contagionista de doença, apesar de vir se transformando lentamente, ainda serve para ancorar as representações sociais elaboradas sobre a aids e a forma de se pensar o risco do HIV. É certo também que

há ainda moralização do outro passível de se infectar com um vírus sexualmente transmissível. Se a referência direta aos homossexuais e às prostitutas e travestis como grupos mais suscetíveis de contrair e transmitir o HIV (responsáveis ou mesmo culpados pela epidemia) refluíu, a sexualidade masculina é aceita somente na sua vertente heterossexual e a feminina só é legitimada se associada ao amor e à relação monogâmica. Algumas falas são expressivas:

... eu não transo com homossexual ou com mulher fácil que sai com todo mundo// a gente tem que perguntar se a pessoa usa droga ou sai com muita gente// você nunca sabe com quem você está realmente...

O que se evidencia na fala dos jovens é que o sexo, domínio do prazer, não pode ser controlado pela vontade, distanciando o discurso dos jovens do discurso preventivo sobre o risco, baseado na racionalidade do comportamento individual. Observamos em suas falas, de um lado, o discurso da razão e, de outro, o da des-razão ou do descontrole. Eles se expressam afirmando que é necessário “ter consciência”, “pensar bem”, “planejar”, “ter cabeça”, mas, ao mesmo tempo, dizem que há sempre “o vacilo”, “o descuido”, “a marcação”, “o não planejado”, “o espontâneo”, “a falta de cabeça”, “a bobeira”, “o tesão”, “a hora h”. De um lado, a força inevitável das atrações, amores e paixões contra o controle da razão, da consciência. Segundo Le Breton (1991), das várias figuras do risco atuantes nas sociedades modernas, a vertigem e o êxtase, presentes no sexo (e em outras práticas como no uso das drogas, nos esportes radicais), levam a um relaxamento das instâncias de controle do eu e atuam como estruturas antropológicas ou formas de buscar limites para a existência humana no enfrentamento metafórico da morte, atribuindo, ao mesmo tempo, sentido à vida. Os jovens se expressam da seguinte maneira:

... na hora da loucura, do tesão, você não quer nem saber de nada, muito menos de camisinha// não dá para pensar na hora h// na hora do embalo você não vai querer quebrar o clima// pensar em aids ou em camisinha brocha// como resistir à tentação?

Um jovem participante da pesquisa realizada em escolas públicas (Jeolás, 1999) sintetiza a dificuldade expressa pelos jovens de ter que racionalizar o ato sexual ou amoroso: “Sei que [a aids] está esperando eu dar um vacilo para me atacar”.

Outro elemento que se contrapõe à razão ou à racionalidade na fala dos jovens é o sentido de inevitabilidade expresso por eles, contra o qual o sujeito nada pode. Muitas vezes, suas ações não são encaradas como capazes de mudar o curso supostamente inevitável dos acontecimentos. Os jovens trabalham, portanto, com a noção de pessoa sujeita às forças do destino, à vontade de Deus, ou incapaz de controlar sua própria vontade, manifestando a necessidade de forças transcendentais que os protejam. Eles pedem para não ser “um dos escolhidos da aids” ou para que “Deus [os] deixe livres desta desgraça”. Segundo eles, “não dá para ficar pensando o tempo todo, se tiver que acontecer comigo, vai acontecer mesmo” // “não adianta fazer nada, tá escrito”.

Os jovens manifestam a necessidade de forças transcendentais que os

protejam, guiem ou definam sua sorte, principalmente em se tratando de domínios tão refratários à racionalidade, caso do prazer, do amor e da paixão, contra os quais o sujeito nada pode, daí o sentimento de inevitabilidade.

Apesar do discurso racional da prevenção, e da linguagem dos riscos, como vimos, que pressuporiam sujeitos da modernidade (racionalista, burocratizante, secularizadora e desencantadora, na concepção weberiana), vemos sujeitos sociais lançando mão de forças outras para sua proteção. Muitos dos jovens participantes da pesquisa trabalham com a noção de pessoa sujeita às forças do destino, à vontade de Deus, ou incapaz de controlar suas ações, necessitando de forças transcendentais que a protejam.

Certamente, para os jovens de baixa renda e pouca escolaridade - a maioria em nosso país e a maioria dos atendidos pelo serviço - expostos à violência diária, à falta de perspectivas de futuro, o risco do HIV/Aids será dimensionado de forma comparativa a outros riscos presentes em suas vidas. E sua capacidade de se proteger estará também, certamente, aí contextualizada. Quanto aos significados atribuídos à gravidez, também há necessidade de se desnaturalizar o problema. Vários estudos apontam para isto (Heilborn, 1998; Lyra, 1998; Oliveira, 1998) e para o fato de que são muitos os motivos que levam as adolescentes a engravidar, inclusive o desejo de saírem de sua família de origem e constituírem uma nova família ou o de formular um projeto de futuro o qual, muitas vezes, se mostra vazio de possibilidades. Além disso, os impactos sociais da gravidez na adolescência são diferenciados por renda, trazendo resultados indesejados, como o abandono da escola, principalmente para as jovens das classes populares urbanas.

Em estudo realizado por Oliveira (1998) sobre os significados da gravidez para as adolescentes atendidas no serviço de saúde aqui focalizado, encontramos ambigüidades e ambivalências em suas falas. Falar de gravidez pode provocar sentimentos de vergonha - de falar sobre anticoncepção com o namorado, de se descobrir grávida, de falar para a família, de admitir as transformações do próprio corpo - ou de felicidade e curiosidade, ao saber que terão um filho, "uma companhia", segundo algumas, a quem desejam dar tudo o que não tiveram, principalmente, uma boa educação e condições financeiras. A oscilação caminha entre culpa e fatalidade ("presente de Deus", destino); entre o receio de se adquirir mais responsabilidade e o de se perder a liberdade; entre o egoísmo e a vontade de construção de um projeto de futuro. Talvez pudéssemos pensar que, à semelhança de experimentar drogas e iniciar a vida sexual - perder a virgindade -, a gravidez tornou-se, atualmente, um rito de passagem para a adolescente, uma nova forma de ela ritualizar a passagem da infância para a idade adulta. É bem verdade que se trata de ritos cuja força e capacidade iniciática ou de demarcação de novos *status* ou papéis sociais se atenuaram, o que se explica em função de uma sociedade portadora de inúmeras influências culturais e diversas tradições, no interior da qual valores referentes à sexualidade são vividos com grande ambigüidade. Daí a necessidade de a jovem buscar sentido para a própria sexualidade, através de uma bricolagem dos próprios repertórios, aliados àqueles de sua comunidade de pertencimento e a outros, provindos dos vários imaginários aos quais se

acha exposta atualmente, segundo Balandier (1994) e Le Breton (1991).

A gravidez acaba se tornando, para muitas delas, depois do impacto inicial, um marco entre a infância e a idade adulta, de acordo com a pesquisa de Oliveira (1998): “deixei de pensar só em mim, agora tem o neném (...) mudou muito, cresci muito. Gosto de ser mãe, esposa”; ou conforme o estudo de Desser (1993, p. 28): “passei a ter a minha própria vida, né? mais dona do meu próprio nariz”. Contudo, eis um marco permeado de medos e sentimentos muito contraditórios. A gravidez, por isso, tanto pode representar maior liberdade no domínio sexual, sobretudo em relação à família de origem, quanto, concomitantemente, dependência afetiva e material, face à insegurança que a nova situação apresenta. Não sem razão, muitas jovens demoram para revelar a própria gravidez, algumas a escondem por muitos meses, outras a negam até para si próprias: “eu duvidava”// “queria esquecer”// “eu me negava a acreditar”// “não conseguia aceitar que estava acontecendo comigo” (Oliveira, 1988).

As garotas que participaram das oficinas e grupos focais, em sua maioria, tendem a atribuir um valor positivo à gravidez, desde que efetivada no casamento e com as devidas condições financeiras. Fora do casamento, elas apontam os mesmos problemas, conflitos e contradições levantadas pela pesquisa de Oliveira (1998), já citada. Quanto aos contraceptivos, a camisinha não é vista como confiável, além de ser considerada incômoda por muitas delas: “Até quando usar a camisinha num namoro”, perguntam, pois “usar sempre não dá” respondem as mesmas. A pílula é apontada como o método mais seguro, porém algumas não se adaptam a ela, pois passam mal ou engordam. E mais: tomar pílula antes de estar namorando já há algum tempo, é prever e racionalizar o ato sexual. O que representa, para elas, assumir que desejam ter relações sexuais, possibilitando-lhes tornar-se sujeitos da própria sexualidade. Para a maioria, consiste em algo inconcebível ou muito difícil de assumir, dada a ambigüidade dos discursos que normatizam a sexualidade feminina em nosso país, nos quais persistem ainda valores tradicionais, o de “pureza” e “inocência”, ligados à virgindade, moralizando o prazer e dando sustentação ainda a um forte sentimento de culpa.

O direito ao prazer continua prerrogativa masculina, como deixam perceber jovens grávidas atendidas no mesmo serviço de saúde:

[sexo] Não dá mais, sinto dor, acho que vai machucar o bebê, deixo só pra ver se está traindo// Os homens não entendem a gente. Eu chorava porque fazia amor e depois vomitava// não reconhecem nosso cansaço. Não aceitam não. Falo não e outro dia ele desconta// esse assunto [métodos anticoncepcionais] quem tem que puxar é a mulher, eles estão fazendo a parte deles que é sentir prazer, se ela não der um passo, nada acontece pra prevenção.

Outras reivindicam o prazer e querem ser sujeitos da própria sexualidade, mas se encontram imersas na ambigüidade dos discursos (e, por conseguinte, provavelmente também das práticas). Por um lado, a sexualidade feminina vista como natural, normal é até fomentada pelos meios de comunica-

ção. Por outro, prevalece ainda a dupla moral: estimulada para o homem, para a mulher ela só é normal se resguardadas determinadas situações e limites.

Na gravidez não planejada, ou não esperada pela jovem, pode-se identificar a figura da sobrevivência ou do sobrevivente, explorada por Le Breton (1991), uma das quatro figuras do risco que contém o germe do ordálio². Numa das variações da figura do sobrevivente, o sujeito experimenta um antes e um depois, demarcado por algo que coloca sua própria vida em perigo. No caso da gravidez, não existe, necessariamente, perigo de morte, mas grandes e profundas transformações, com conseqüências imprevisíveis. De qualquer maneira, há morte simbólica, metafórica, pois o fato marca, embora provisoriamente, o fim de uma fase, a da infância, e o início de outra, a da idade adulta. Ao tornar-se mãe – lugar/papel social valorizado em nossa sociedade –, a adolescente parece poder abandonar um estado intermediário – nem criança/nem adulto – tentando garantir, com todas as ambivalências e ambigüidades apontadas, novo papel, novo *status* social. O risco tem grandes proporções, pois nada há de certo, unívoco e seguro na gravidez, nessa faixa etária e fora da instituição do casamento (forma como ocorrem os casos em sua maioria). Eu diria mesmo que o risco é total, daí o medo que envolve a jovem gestante e o caráter de prova que ela assume: “depois que eu transo fico super preocupada, penso que não vou repetir, mas aí faço de novo”. A cada vez, a jovem escapa do risco, como um sobrevivente que sai ileso de uma prova:

... quando atrasava [a menstruação], ficava desesperada e pensava nunca mais (até que ficou grávida)// não esperava, tinha parado de tomar medicamento, pensei que não ia ficar grávida, porque das outras vezes não aconteceu (apud Oliveira, 1998).

Sair imune de um risco confere, a quem o consegue, um sentimento de eleição ou de alívio (ou ainda de euforia, no caso de acidentes ou catástrofes), transformando o instante de sobrevivência em instante também de poder. O mesmo pode-se aplicar às pessoas que mantêm relações sexuais sem proteção, temendo o risco. Depois de um tempo de angústia, do medo de haverem se infectado pelo HIV, elas fazem o teste, repetindo-se, em alguns casos, a mesma situação, inúmeras vezes³.

² Segundo Le Breton (1991), todas as práticas de risco apresentam um componente ordálico no qual se nutre uma relação inconsciente com a morte. Os ritos ordálicos, incritos na Antigüidade e na Idade Média ocidentais, buscam o julgamento dos deuses sobre a inocência ou a culpa de uma pessoa sobre quem recai uma suspeita, através de uma prova perigosa e dolorosa. É um rito cultural, pois supõe a adesão de toda a coletividade. Já o ordálio moderno, ainda de acordo com o autor, seria um recurso individual ou de pequenos grupos quando se observa, nas sociedades ocidentais modernas, um eclipse do simbolismo coletivo. O sujeito se aproximaria da morte, inconscientemente, para buscar e provar, para si próprio, o valor de sua existência, uma vez que o social e o cultural estão, cada vez menos, conseguindo fazê-lo satisfatoriamente.

³ Profissionais do Centro de Orientação e Atendimento Sorológico (COAS) de Londrina relataram não ser raro encontrar essa atitude nas pessoas que procuram o serviço com a intenção de fazer o teste para a aids.

No caso da aids, a figura da sobrevivência adquire maior força, pois a relação com a morte, menos simbólica e metafórica, tem caráter mais real, mais provável. Tem o sentido de um jogo, a aleatoriedade de uma roleta-russa, embora totalmente inconsciente. Conforme diz um jovem: “vou levando, vou transando”.

Vale ressaltar, finalmente, a importância das relações de gênero neste debate da aids e da gravidez entre os jovens, uma vez que acionam relações hierárquicas entre homens e mulheres no exercício da sexualidade, acarretando conseqüências na forma como os riscos são percebidos e vivenciados. Os significados da feminilidade e da masculinidade são atualizados no momento de se conversar sobre contracepção ou prevenção da aids e valores relacionados ao fato de o parceiro ser “conhecido” ou “desconhecido”, representar “confiança” ou “desconfiança” são acionados e podem determinar relações de vulnerabilidade, sobretudo para a mulher. Portanto, o risco e a prevenção não dependem unicamente de atitudes racionais e objetivas, mas também da forma como se estruturam as relações de gênero em nosso país.

Além disso, valores tradicionais permanecem em meio a outros mais atuais, gerando grande ambivalência. Pode-se perceber, ainda entre os jovens, uma (re)valorização da virgindade, pelo menos em teoria, e uma tentativa de controle da sexualidade feminina. De um lado, eles reforçam a associação amor e sexo para as mulheres e, de outro, enfatizam o *ethos* da virilidade masculina com a dissociação do amor e da aprendizagem sexual. Ainda que haja uma tendência para a aceitação de novos comportamentos entre homens e mulheres, como experiências sexuais antes do casamento, permanece bastante valorizado o papel da mulher como mãe e dona de casa. Pode-se afirmar que esta tendência é ainda mais acentuada entre os segmentos pobres da população, nos quais a ideologia de gênero e a diferença nas relações de poder entre homens e mulheres se generalizam, o que dificulta a negociação do uso do preservativo e, conseqüentemente, a prevenção de uma gravidez ou da aids. Paiva (1996a), em estudo comparativo entre alunos de primeiro grau e universitários em São Paulo, aponta para a correlação existente entre, por um lado, classe social e escolaridade e, por outro, relações de gênero. Segundo a autora, foi possível observar maior tendência, entre os universitários, “à autonomia individual e um poder menos hierarquizado na relação sexual, mesmo mantendo ainda algumas diferenças tradicionais de papéis entre homens e mulheres” (idem, p. 218).

No mesmo sentido, trabalhos como os de Heilborn (1998), Paiva (1996a) e Monteiro (2002) sugerem diferença nas atitudes e comportamentos referentes à sexualidade entre os jovens de classes populares urbanas e jovens de classes médias urbanas, em que os primeiros baseiam-se em valores fundados em três pilares – família, trabalho e localidade – e os segundos tendem a privilegiar a cultura individualista.

A maioria dos meninos que participaram dos grupos focais afirma que, para assumir a gravidez de uma namorada, só se gostarem muito dela, senão haveria perda de liberdade. Dois rapazes insistiram em afirmar que, nessa

idade, é difícil gostar ou amar uma garota, o interesse maior é o de transar com elas: “depois que você consegue o que quer com a menina, perde o interesse”// “na maioria das vezes o cara só quer transar, mas se rola amor é diferente”. A necessidade de conversar com a garota, antes da relação sexual, apontada por muitos e também ressaltada pelas meninas, não impede o sentimento de vergonha, naquela situação, em boa parte dos casos. Pudor, “só no início”, diz um deles, “com o tempo a gente perde a vergonha e começa a conversar”. Muitos afirmam, da mesma forma, que o fazem em relação à aids, que “na hora a gente nem pensa nisso” [na gravidez]. A sensação de vertigem, produzida pelo prazer do sexo, aparece mais na fala dos meninos que na das meninas, a mesma figura do risco, aquela que supõe abandono total ou relativo de si à embriaguez dos sentidos, possibilitando a gravidez e/ou a aids.

Nas discussões que ocorreram nas oficinas e nos grupos focais, a desigualdade e hierarquia nas relações homem/mulher aparecem nas falas dos jovens, sobretudo quando os garotos defendem valores tradicionais quanto aos papéis sexuais. As garotas expressam conhecimento desta desigualdade e, por vezes, indignação:

... aprendi que como sempre o homem é muito ignorante e preconceituoso como sempre foi// aprendi que as preferências masculinas e femininas são muito diferentes// ... senti que para os homens o que importa é ser o gostoso e para eles um pênis grande impõe respeito...

Por outro lado, verifica-se também que as discussões permitem aos garotos um desvendamento de alguns aspectos inerentes às relações de gênero em nossa sociedade, quando eles parecem descobrir a condição feminina e, conseqüentemente, seu papel na relação. Suas falas são reveladoras:

Aprendi a valorizar mais as mulheres e aprendi as suas dificuldades, são importantes para vida do homem// Saber as opiniões das mulheres de como ser menos machista// / Aprendi muitas coisas que não sabia, por exemplo como fazer uma mulher atingir o orgasmo// senti que há muitas diferenças, mas que nem por isso os homens são tão diferentes das mulheres// conhecer melhor os sentimentos das mulheres, como elas pensam e como querem que nós pensemos...

O processo de discussão propiciado pelas oficinas cria um espaço para emergir a produção coletiva de modos próprios e novos de se pensar a sexualidade. Neste exercício conjunto, abre-se a possibilidade de rompimento com a produção e a reprodução das desigualdades de gênero que incluem discriminações e preconceitos. Através do debate, medos, anseios, dúvidas e opiniões dos adolescentes podem ser expressas e contribuem para a compreensão e reflexão de sua sexualidade, único caminho para os jovens poderem vivê-la com felicidade e responsabilidade enquanto sujeitos de suas práticas e representações. As oficinas podem ser um espaço criador no qual emergem novas representações para as mulheres (garotas) e também para os homens (garotos), descortinando-se uma nova codificação de valores, uma nova realidade.

As oficinas como *locus* da discussão: limites da prevenção e da intervenção antropológica

É importante salientar que os trabalhos de orientação sexual ou de prevenção podem se transformar em mecanismo de mais repressão. Não podemos desconsiderar o perigo das ações educativas e preventivas reafirmarem formas de controle e de imposições sobre a sexualidade, pois, para além do corpo, a sexualidade tem a ver com crenças, ideologias e fantasias e nos deparamos ainda com inúmeras dificuldades para uma abordagem mais libertária da sexualidade, que a tome como produto histórico e social. Na sociedade, de modo geral, educadores e profissionais da saúde se mostram ainda despreparados e pouco sensíveis para lidar com essa temática e aceitar (e se encantar) com a capacidade plástica do ser humano de produzir diversidades e diferenças a serem respeitadas. Os dispositivos de controle da sexualidade se expressam em tendências que insistem em tomar a sexualidade apenas como expressão da fisiologia reprodutiva, demonstrando os limites impostos pela moralidade que contempla, como estratégias de tratamento, o controle dos corpos e a regulação das populações.

Além disso, deparamo-nos com a predominância de um ideário tradicional nas classes populares urbanas (hierarquia de gênero nas relações conjugais; mecanismos de controle da sexualidade feminina; valorização da virgindade; nexos entre sexo e amor para as mulheres; virilidade e distinção entre relação amorosa e aprendizagem sexual para os homens), sendo que as abordagens da educação em saúde estão centradas na matriz cultural moderna, a saber, na concepção moderna do conceito de sexo mais seguro, na universalização da ideologia individualista e igualitária e nas decisões racionais.

Como equacionar estas dificuldades? Como escutar o outro, compreender suas representações sobre risco e prevenção sem impor um discurso com prescrições sobre a sexualidade? Como não reforçar os dispositivos da sexualidade tão duramente criticados em alguns educadores? Como não transformar a prevenção em novos dispositivos da sexualidade? Como intervir dentro de uma perspectiva ética, sem desrespeitar os limites e valores das pessoas que são abordadas, considerando que, ao realizarmos as intervenções, estamos adentrando em um terreno da ordem do privado, do íntimo e do subjetivo? Lidar com os temas da sexualidade significa uma ingerência na ordem da intimidade e representa uma tarefa das mais difíceis, como sublinham Fachel & Leal (1997, p. 01), pois se trata de "... tema que em nossa tradição cultural é da ordem do íntimo, da subjetividade, da individualidade, enfim, do privado". E, continuam as autoras, a "... antropologia, em sua tradição etnográfica, esmiuça por vezes o privado dos outros (mesmo quando não é convidada)".

Neste delicado contexto, o cuidado que devemos ter é o de não transformarmos a nossa busca de conhecimento do outro em discurso reificado sobre o outro. Também não devemos resgatar o velho papel do antropólogo como "tradutor" de outras culturas, pois hoje o papel dos profissionais que traba-

lham com uma antropologia aplicada é mais complexo. Além de analista, ele é chamado por vezes a ser mediador e, no caso da saúde, deve intervir. Mas como intervir? Esta tarefa implica em observar alguns caminhos já trilhados nesta área e itinerários possíveis apontados (Ayres [et al], 1998)

Começamos com a idéia de que os educadores devem ser interlocutores atentos a ouvir e a estimular discurso reflexivo e não alguém a impor discursos prescritivos e modelos prontos de comportamentos e atitudes. Eles devem criar espaços de diálogo e de reflexão para a construção compartilhada de conhecimento. Os jovens sabem reconhecer quando este espaço é criado:

Cada dia que passa as oficinas estão mais legais, pois debatemos assuntos que não são discutidos na sociedade// falar sobre nós mesmos// conhecer melhor os outros// senti confiança nos amigos// é muito bom ficar junto conversando sobre coisas que a gente não sabe// aprendi a me abrir com as pessoas e conversar sobre coisas que eu não dizia para ninguém.

Neste sentido, as metodologias participativas das oficinas se prestam muito bem a este objetivo. Elas estimulam linguagens criativas e baseiam-se em técnicas de grupo e exercícios de discussão de modo a estimular tanto os aspectos cognitivos quanto os afetivos da sexualidade, lidando com idéias, valores, crenças, práticas e comportamentos. Vejamos como os jovens se expressam:

Não nos sentimos muito presos// uma forma diferente de discutir, senti prazer em aprender// ensinar com bom humor// uma mistura de educação e diversão// senti feliz de estar participando// deixaram que nós os participantes expressassem o que pensamos// senti bem por estar falando o que penso// gostei da atividade da argila, senti que tive uma liberdade para mostrar a parte do meu corpo que eu sinto mais prazer.

Outra idéia importante é a necessidade de definirmos o que chamamos de objetivos intermediários, pois as mudanças de comportamento exigidas como meta nas ações de prevenção não são possíveis de serem alcançadas a curto e médio prazo e nem tampouco de forma isolada ou pontual (necessidade de integração/intersetorialidade), uma vez que os comportamentos são frutos de determinações complexas. Há urgência, portanto, de se levar em consideração, nas situações de intervenção, o contexto social de pertença das pessoas envolvidas, de modo a considerar as dificuldades materiais, socioculturais e subjetivas que se atualizam cotidianamente nas relações que são estabelecidas com o mundo, com os outros e consigo próprios. Significa ampliar a abordagem da aids e discutir temas como cidadania, gênero, exclusão e acesso a bens e serviços públicos de qualidade. Perseguir objetivos intermediários significa também questionar as exigências de avaliação dos serviços e das agências financiadoras de pesquisas. Significa trabalhar com objetivos difíceis de serem mensurados, como desconstruir metáforas negativas relacionadas à aids; desfazer medos e tabus com relação à sexualidade; colocar-se no lugar do outro e

respeitar as diferenças; refletir sobre a hierarquia dos riscos vividos atualmente pelos jovens, a partir de suas próprias experiências e dificuldades de optar por práticas de proteção.

Isso implica também a necessidade de trabalharmos em um tempo que podemos denominar de “antropológico” contra um tempo “clínico”, o da urgência de diagnósticos e de intervenções rápidas para dar respostas a riscos individuais e coletivos e minorar perfis epidemiológicos. A este tempo se contrapõe aquele dos diagnósticos socioculturais, elaborados através de pesquisas de campo e do método etnográfico para um conhecimento aprofundado do outro.

Os efeitos do trabalho de prevenção realizado desta maneira são de difícil mensuração, mas devemos apostar que os objetivos destes trabalhos devem ir além das preocupações higienistas e epidemiológicas. Por exemplo, os jovens manifestaram sentimentos de solidariedade nos exercícios em que tinham que se colocar no papel de portadores do HIV - “senti o sentimento das pessoas infectadas” - e demonstraram a possibilidade de desvendamento de alguns aspectos inerentes às relações de gênero, como já citado, quando pareceram descobrir as condições feminina e masculina e, conseqüentemente, seu papel na relação homem/mulher.

Portanto, trabalhar a prevenção no contexto da sexualidade implica apostar em mudanças de comportamento que se dão a longo prazo e estão inseridas em situações históricas, dependentes das condições materiais de existência das populações, de seus valores culturais e, finalmente, de políticas comprometidas com serviços sociais, de saúde e de educação de qualidade para fornecerem redes sociais de proteção às populações mais vulneráveis.

A intersectorialidade dos projetos e o incentivo às ações comunitárias, às iniciativas dos grupos e aos movimentos sociais organizados existentes possibilitam gerar condições de autonomia e continuidades das ações. Assim, o debate a respeito de uma ética da intervenção deve incluir o debate sobre os modelos de intervenção atuantes que estimulam práticas comunitárias e de organização política e social, única forma de tornar as populações com as quais trabalhamos sujeitos de suas próprias sexualidades e podermos contribuir, nós e eles, com o processo contínuo de reconfiguração das gramáticas sexuais em nossa sociedade.

Referências bibliográficas

- ABRAMO, W. H. (1994). *Cenas juvenis. Punks e darks no espetáculo urbano*. São Paulo: Página Aberta; ANPOCS.
- ARIÈS, P. (1981). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- AUGÉ, M. e HERZLICH, C. (eds.). (1991). *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Archives Contemporaines.
- AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; FRANÇA JUNIOR, I. (1998). Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/Aids. In: Seminário Gravidez na Ado-

- lescência. Brasília: Ministério da Saúde; FHI; USAID.
- BALANDIER, G. (1988). *Le désordre: éloge du mouvement*. Paris: Fayard.
- BALANDIER, G. (1994). *Le dédale: pour en finir avec le XXe. siècle*. Paris: Fayard.
- BASTOS, F.I. & SZWARCOWALD, C. L. (2000). "Aids e Pauperização: principais conceitos e evidências empíricas". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16 (Sup. 1): 65-76.
- BASTOS, F.I. [et al] (2000). "Aids e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16 (Sup. 1): 77- 87.
- BUCHILLET, D. (org.). (1991). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: CEJUP; MPEG; CNPq.
- CARDOSO, R. e SAMPAIO, H. (orgs.). (1995). *Bibliografia sobre a juventude*. São Paulo: EDUSP.
- DESSER, N. A. (1993). *Adolescência: sexualidade e culpa*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- DOUGLAS, M. (1994). *Risk and blame: essays in cultural theory*. Londres: Routledge.
- FACHEL, J. M. G. e LEAL, O. F. (1997). "Antropologia do corpo e pesquisa sobre sexualidade: dados qualitativos e tratamento estatístico, uma proposta metodológica". Porto Alegre, *Cadernos do NUPAC*, nº 004, 1997.
- FAINZANG, S. (1992). Reflexions anthropologiques sur la notion de prévention. In: AÏACH, P. et al. *Comportements et santé: questions pour la prévention*. Nancy: Presses Universitaires de Nancy.
- FOUCAULT, M. (1985). *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (orgs.). (2003). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- GROPPO, L. A. (2000). *Juventude: ensaios sobre sociologia e história das juventudes modernas*. Rio de Janeiro: Difel.
- HEILBORN, M. L. (1998). Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: VIEIRA, E. M. [et al] (orgs.). *Seminário Gravidez na Adolescência*. Brasília: Ministério da Saúde; FHI; USAID.
- HERZLICH, C. e ADAM, P. (2001). *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru, SP: EDUSC, 2001 (Coleção Saúde & Sociedade).
- JEOLÁS, L. S. (1999). O jovem e o imaginário da aids. O *bricoleur* de suas práticas e representações. São Paulo, Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (Antropologia), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- LE BRETON, D. (1991). *Passions du risque*. Paris: Métailié.
- LYRA, J. L. (1998). Participação masculina na gravidez adolescente. In: VIEIRA, E. M. [et al] (orgs.). *Seminário Gravidez na Adolescência*. Brasília: Ministério da Saúde; FHI; USAID.
- MONTEIRO, S. (2002). *Qual prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- OLIVEIRA, R. C. de. (1996). "O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever". *Revista de Antropologia*, São Paulo, USP, v.39, n.01, p.13-37.
- OLIVEIRA, R. L. C. (1998). A vivência da gravidez na adolescência. Curitiba, Monografia (Especialização em Adolescência). Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
- PAIVA, V. (1996a). Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e sujeito sexual. In: PARKER, R. e BARBOSA, M. R. (orgs.). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- PAIVA, V. (1996b). "Fazendo arte com camisinha": a história de um projeto de prevenção da aids para jovens. São Paulo, Tese (Doutorado).
- PAIVA, V. (2000). Sem Mágicas Soluções: a prevenção ao HIV e à AIDS como um processo de emancipação social. Rio de Janeiro, *Anais do Seminário Prevenção à AIDS: limites e possibilidades na terceira década*. ABIA.
- Parker, R. & Camargo Jr., K. (2000). "Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16 (Supl.1) 89-102.
- Parker, R. (2000). *Na Contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro:ABIA; São Paulo: Editora 34, 2000.
- PARKER, R. (2002). Estado e sociedade em redes: descentralização e sustentabilidade das ações de prevenção das DST/AIDS. *Anais do Seminário Solidariedade e Cidadania: princípios possíveis para as respostas ao HIV/Aids*. Rio de Janeiro: ABIA.
- PETCHESKY, R. & CORREA, S. (1996). "Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista". Rio de Janeiro, *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, vol. 6, nº1: IMS/UERJ.
- QUEIROZ, M. S. e CANESQUI, A. M. (1986). "Antropologia da medicina: uma revisão teórica". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 20(2), p.152-164.
- QUEIROZ, M. S. (2003). *Saúde e doença: um enfoque antropológico*. Bauru, SP: EDUSC (Coleção Saúde & Sociedade).
- RENA, L. C. C. B. (2001). *Sexualidade e adolescência. As oficinas como prática pedagógica*. Belo Horizonte: Autêntica (Coleção Trajetória).
- SARAMAGO, J. (1995). *Ensaio sobre a cegueira*. São Paulo: Companhia das Letras.
- SCHALL, V. T. e STRUCHINER, M. (1995). Educação no contexto da epidemia de HIV/Aids: teorias e tendências pedagógicas. In: CZERESNIA, Dina et al (orgs.) *Aids: pesquisa social e educação*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- VANCE, C. (1995). "A Antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico". Rio de Janeiro: *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, vol. 05, nº 01, IMS/UERJ.
- VILLELA, W. (1996). *Oficinas de sexo mais seguro para mulheres: abordagens metodológicas e de avaliação*. São Paulo: NEPAIDS/USP.
- WEEKS, J. (1999). "O corpo e a sexualidade". In: LOURO, G. L. (org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica.

RESUMO

Possibilidades de intervenção: o que faz um antropólogo em uma equipe interdisciplinar de saúde

O objetivo do artigo é analisar o papel da antropologia em um projeto de prevenção à gravidez e às DST/Aids e a ação do antropólogo em um serviço público de atenção ao adolescente. Pode-se afirmar que o olhar e o ouvir etnográficos, orientados por reflexões de natureza epistêmicas e referencial teórico-metodológico que se dedicam ao exercício de compreensão do outro, subsidiaram as reflexões e as práticas da equipe interdisciplinar de saúde. Noções essencializadas, como as de adolescência, risco e prevenção, passaram a ser entendidas como construções socioculturais, recolocando sob novas perspectivas a compreensão da realidade do jovem atendido pelo serviço de saúde.

Palavras-chave: saúde; risco; prevenção; adolescência

ABSTRACT

Possibilities of intervention: the role of the anthropologist in an interdisciplinary health team

The purpose of this article is to analyze the role of anthropology in a project for the prevention of pregnancy and Sexually Transmitted Diseases/Aids as well as the performance of the anthropologist in a public service for the care of the adolescent. It can be stated that the ethnographic look and act of listening, guided by epistemic-natured reflections and theoretical and methodological reference which deal with the exercise of understanding the other, were used for the reflections and practice of the interdisciplinary health team. Specialized notions such as adolescence, risk and prevention were considered as socialcultural constructions, putting into a new perspective the comprehension of the reality of the adolescents cared by the health service.

Keywords: health; risk; prevention; adolescence

Recebido para apreciação: fevereiro de 2004

Aprovado para publicação: abril de 2004